

## DESAFÍOS PARA EL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022-2031 Y OBSERVACIONES AL PROYECTO DE RESOLUCIÓN

*“Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031”*

14 de junio de 2022.

La Alianza Académica Nacional Presente y Futuro de la Salud Pública, como grupo de análisis de salud pública, de manera conjunta con la Asociación Colombiana de Salud Pública, han realizado una lectura crítica, a lo largo de distintas reuniones, diálogos, encuentros nacionales y regionales, y análisis conjuntos del *“Proyecto de Resolución por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (PDSP)”*.

Por ello, compartimos algunos desafíos que proponemos, con el fin de contribuir con la construcción y seguimiento de un plan decenal que en un futuro inmediato se fortalezca y beneficie la salud de los y las habitantes de Colombia. Estos desafíos los ofrecemos desde una visión como académicos y desde la sociedad civil sobre lo escrito en el Plan.

Valoramos la formulación conceptual que ha efectuado el Ministerio de Salud y Protección Social del documento del nuevo plan decenal. En él, se desarrollan conceptos modernos de salud pública e ideas rectoras para el futuro de la salud en el país, sin dejar de precisar que, existen elementos estructurales no señalados ni superados derivados del funcionamiento actual de nuestro sistema de salud y que, de reformarlos, sin duda, harán parte del proceso de cambio y transformación deseable para la salud pública del mismo.

Consideramos que ha sido insuficiente el tiempo que se dio para el análisis del texto de resolución propuesto, pues, solo se otorgaron 48 horas para la revisión de la última versión del proyecto de PDSP publicado, lo que nos imposibilitó dar a conocer de manera oportuna observaciones que se analizaron con la versión anterior de la resolución y que incluimos como anexo a la presente comunicación.

La Asociación Colombiana de Salud Pública y la Alianza Académica presente y futuro de la Salud Pública, en esta oportunidad, desean dejar explícito lo que consideran son los desafíos más relevantes para aproximarse a convertir en realidad un proceso de cambio que permita un salto cualitativo para lograr la reducción de desigualdades sociales, la atención efectiva de las necesidades en salud, la reducción de la morbilidad y la mortalidad evitable, y el fortalecimiento de la gobernanza en salud pública en el país.

## Desafíos relevantes:

### La gobernanza para la salud y vida

1. Propender por un Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 aprobado con recursos intersectoriales, con plena participación del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, armonizado e incorporado en el Plan de Desarrollo de la futura administración. Este aspecto es de vital relevancia para que en los territorios se avance en la definición, formulación, seguimiento y evaluación de la **salud en todas las políticas** en un horizonte de mediano y largo plazo, con el fin de construir comunidades saludables y ofertar el pleno acceso a los servicios de salud sin restricciones innecesarias, con recursos y metas medibles y verificables.
2. Redimensionar la autoridad sanitaria en los territorios y en las regiones del país para garantizar el pleno ejercicio del Estado, con el fin de actuar con competencias en la organización y soporte de la gestión territorial de las redes públicas y privadas de servicios y así mismo, trabajar en la gestión del desarrollo para actuar con coherencia sobre los determinantes sociales de la salud. La autoridad sanitaria interactúa, conduce y armoniza funciones esenciales con todos los actores para lograr el cumplimiento de los objetivos y metas en tiempos precisos y favorece la apertura de escenarios efectivos de participación.
3. Posicionar de manera **decidida** los Determinantes Sociales de la Salud como el eje de las intervenciones en salud pública, en tanto son la única posibilidad de lograr que el derecho fundamental a la salud en el sistema de salud actual y se concrete en todos niveles territoriales, nacional y sub nacional. Es necesario reducir el tiempo de inicio para implementación del Plan a un espacio no mayor a 11 meses a partir de la fecha, para lograr el mayor periodo de ejecución real con recursos claramente asignados y aprobados a nivel nacional y en los territorios.

### Compromiso de la academia y la sociedad civil

1. Convocar a la academia y a la sociedad en su conjunto a propiciar, sistematizar y viabilizar teorías y prácticas que incentiven en forma pedagógica una nueva cultura de actividades sociales y comunitarias diferenciales, que transiten por **lo intersectorial, lo interdisciplinario, lo intercultural, y conectividad** amplia con mayor participación social en coherencia con la ley de participación social vigente en el país.
2. Desarrollar la interoperabilidad de un sistema de salud pública digital (SPD) que interconecta los recursos y los actores para mejorar los resultados en bien de los ciudadanos-as. Esta última debe propiciar la construcción y seguimiento de soluciones en tiempo real, en territorios-escuela, en donde profesionales, técnicos y líderes y lideresas comunitarios trabajen **cocreando y con gestionado transformaciones participativas** y transparentes que vigilan y dan seguimiento al uso efectivo y eficaz de los recursos públicos y privados para garantizar los derechos y así, mejorar las condiciones de vida al ofrecer atención en salud de calidad, digna y oportuna.
3. Gestionar socialmente el conocimiento generado en la academia para mejorar la toma de decisiones del sector.
4. Promover la participación orgánica de la academia y de la sociedad civil en el proceso de implementación, evaluación y seguimiento del PDSP.

### La sostenibilidad financiera del Plan y de la Atención Primaria en Salud.

1. Establecer un grupo especializado que dé recomendaciones para el sistema de salud y el Plan Decenal de Salud Pública, garantizando la sostenibilidad financiera, redireccionado los recursos existentes y buscando nuevas fuentes de financiación posibles y diferenciadas.
2. Implementar una atención primaria integral de la salud con base territorial y participación de todos los actores, reconociendo competencias y responsabilidades que garantizan el funcionamiento de los equipos de salud interdisciplinarios en los diferentes entornos, conectados con los prestadores de salud, los programas de protección social y otros sectores de la gestión local del desarrollo.

3. Disponer los recursos necesarios para aprovechar las potencialidades de la salud pública digital, garantizando la interoperabilidad y la conectividad en todos los territorios.
4. Cumplir con la recomendación de la OPS/OMS de lograr que al menos un 30% de los recursos del sistema de salud se destinen a fortalecer los primeros niveles de atención para reducir las brechas y desigualdades que afectan a los territorios y grupos más vulnerables.
5. Formular un plan de inversión a mediano plazo que propicie el crecimiento de la capacidad resolutoria del sistema de salud para dar respuesta a los determinantes sociales y cerrar brechas de infraestructura, talento humano y tecnológica en la atención primaria de la salud.

### **Revisión de metas propuestas en el PDSP en su alcance y por territorios**

1. Permitir que en forma participativa en los próximos meses y en los primeros 100 días del próximo gobierno se revisen instrumentos, metas e indicadores para subir la escala alcanzable, teniendo en cuenta las necesidades de talento humano, recursos financieros y tecnológicos en un contexto seriamente afectado por la pandemia de COVID-19 y de déficit fiscal creciente.
2. Establecer las metas e indicadores del Plan en el ámbito de cada uno de los territorios, teniendo en cuenta sus características, necesidades y recursos para permitir su seguimiento y evaluación desde el nivel nacional y de las propias comunidades.
3. Establecer metas e indicadores territoriales con una perspectiva de monitorear y evaluar los avances en la reducción y control de los determinantes sociales y la salud en todas las políticas en perspectiva de alcanzar la equidad.

### **Compromiso:**

La Asociación Colombiana de Salud Pública y Alianza Académica Nacional, Presente y Futuro de la Salud Pública nos comprometemos a continuar la participación para buscar la transformación urgente y necesaria de las condiciones de vida y salud en Colombia en cumplimiento de los mandatos de Ley y en especial de La ley Estatutaria 1751 de 2015. Además, avanzaremos para construir una Veeduría Social y Académica con diversos

actores y participación de las comunidades, organizaciones y territorios, con el fin de contribuir en forma positiva al cumplimiento del Plan y a la identificación oportuna de riesgos que puedan afectar su propósito, objetivos y metas.

## ANEXOS

A continuación, se comparten observaciones a los apartados del proyecto de resolución a los cuales se referencia:

### Con respecto al “PREÁMBULO” se observa que:

**Observación única:** Es menester referenciar las facultades que le han sido otorgadas constitucionalmente; por lo tanto, se sugiere la siguiente redacción: *“En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el artículo 208 de la Constitución Política, el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011, los numerales 42.1 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001 y en desarrollo de los literales b y c de los artículos 5 y 9 de la Ley 1751 de 2015, Decreto 4107 de 2011 y”,*

### Con respecto al apartado “CONSIDERANDO”, se observa que:

1. Incluir una más nutrida integración normativa (artículos) de orden constitucional en relación con el DFS y su concreción a través de la Salud Pública; verbigracia, interrelacionar los artículos 2, 5, 48, 44,45, 46, 47, 49, 50, 78, 79, 88 -salubridad pública-.
2. Incluir Referentes Constitucionales y Legales (primer párrafo), por los cuales se incorpora en nuestro ordenamiento jurídico vía Bloque de Constitucionalidad el Derecho Fundamental a la Salud en Relación con la Salud Pública; verbigracia, la Ley 74 de 1968, artículo 12 y la Ley 22 de 1981 Artículo 5, Literal –e- numeral iv. Esta sugerencia se hace dado que el Plan Decenal de Salud Pública tiene enfoque de Derechos Humanos (DDHH) y Equidad. El Bloque de constitucionalidad establece puentes con los Derechos Humanos (tratados adoptados por Colombia) que contribuye con entender la Salud Pública como parte del “clúster” de derechos que integran el Derecho Fundamental a la Salud.

Con respecto al primer párrafo, en el que se presentan apartados de la Ley 1751 de 2015 es importante señalar que existen otros elementos discursivos en dicha ley relacionados con la dimensión colectiva de la salud en perspectiva de salud pública, como por ejemplo

la obligación del Estado de “Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales” (Colombia, Congreso de la República, Ley 1751 de 2015, Artículo 5, literal c); o el compromiso Estatal en pro de reducir “las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida”. (Ibíd. Art. 9) Todo lo anterior con el fin de “mejorar la calidad de vida de la población”.

**Con respecto al “RESUELVE” se observa que:**

1. El Objeto de la Resolución es claro y concreto, y se desarrolla vía remisión normativa al anexo que es parte integral del acto administrativo reglamentario.
2. El ámbito de aplicación es más determinado para “los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud... como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones”; no así acaece en el Parágrafo con “Los demás actores y sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con la intervención de los determinantes sociales de la salud”; ya que para este grupo de presuntos “actores y sectores” se advierte el carácter abierto e indeterminado. Esto nos lleva a formularnos preguntas que han de ser tenidas en cuenta en las diferentes etapas del PDSP 20212-2031.

En materia de determinantes sociales de la salud —DSS—, cuando estos se entienden estructuralmente *i)* ¿Qué actor o sector puede decirse que no ejerce acciones y funciones relacionadas con las intervenciones de los DSS?, *ii)* ¿Se tienen inventariados y notificados todos los “actores y sectores” que concurrirían?, *iii)* ¿Cómo garantizar que no se dejará a ninguno por fuera?, *iv)* ¿Qué entender por qué “ejercen acciones y funciones relacionadas con la intervención de los determinantes sociales de la salud”?, *v)* ¿Qué nivel de conciencia social, ético/bioética, jurídica, científico-técnica, cultural, en materia de salud pública tienen todos los actores/presuntos actores, instituciones, sectores, ciudadanía y sociedad civil organizada en cuanto a sus responsabilidades y perspectiva de determinantes sociales? De no tener esa conciencia y por ende desconocer sus responsabilidades, *vi)* ¿Cómo se logrará subsanar esa “incapacidad” relativa para que sean parte y asumas de forma participativa y efectiva las respectivas obligaciones y exijan a su vez él(los) derecho(s) del que sean titulares?

3. Vemos con preocupación el planteamiento general del capítulo 7, pues la designación de responsabilidades y funciones a las empresas administradoras de planes de beneficio, no guardan similitud con las aspiraciones que tiene el plan decenal. Esto difumina la visión de territorialidad del plan, pues se mantiene la entrega la red de prestación a las EPS.
4. La implementación del PDSP aparece claramente descrita. Se llama la atención sobre las condiciones reales de posibilidad del Parágrafo 1, ya que el segundo semestre pronto tendrá inicio y esas actividades de diagnóstico para el fortalecimiento de capacidades, competencia y procesos a llevar a cabo por parte de las Entidades Territoriales dependen de que efectivamente existan, se socialicen las directrices y lineamientos Ministeriales.
5. Con respecto a la Sostenibilidad financiera de la gestión del PDSP, ha de decirse que tiene un capítulo entero destinado a ello dentro del Anexo (Capítulo 12), en el que se hace un ejercicio sinóptico explicativo acerca de la financiación del gasto en salud y salud pública en Colombia; en la que se interpreta que la inversión de recursos para la gestión individual del riesgo hace parte de la financiación de la Salud Pública; ante lo cual se ha advertido históricamente que, bajo las disposiciones legales y las lógicas de mercado, el gasto en salud destinado a las intervenciones y acciones poblacionales/colectivas cuentan con escaso remanente de recursos y la destinación de excedentes o recursos propios se deja supeditada a la voluntad político-administrativa de las administraciones de turno en las Entidades Territoriales y en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios. ¿Cómo fortalecer la financiación de la salud pública en perspectiva salutogénica más que morbicéntrica?, ¿Cómo robustecer la financiación de la dimensión colectiva de la salud pública sin desmejorar la financiación de la atención integral en salud individual?

Es de destacar en el Capítulo 12 la reflexión que plantea que además del financiamiento reglado legalmente para destinarlo a la salud pública, se ve acrecentado por otros activos para la salud pública —tangibles e intangibles— y por el capital social que se encuentran o provienen de los actores y sectores públicos, privados y de la ciudadanía (Véase Anexo pág.342)

6. Se entiende la intencionalidad del enunciado normativo del artículo sobre Incorporación de Capítulo Diferencial para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras – NARP. ¿Se tienen codificada, nombrada o numerada el Acta de protocolización? Si así fuere —por publicidad y transparencia— se recomienda hacerlo explícito en la redacción del artículo.
7. Con respecto al artículo relativo a la Incorporación de los capítulos de pueblos y comunidades indígenas, del pueblo Rrom y de la población víctima del conflicto armado, se entiende la explicación y justificación de su carácter “transitorio”.
8. El artículo transitorio relativo a los lineamientos técnicos para la implementación del PDSP 2022-2031 es claro al prescribir el plazo para que el Ministerio elabore los lineamientos técnicos que posibilitarán la implementación del PDSP en sus diferentes fases. Asimismo, es clara la directriz transitoria que se le da a las Entidades Territoriales para que continúen implementando los instrumentos de planeación en salud vigentes hasta que se pueda instalar la etapa de aprestamiento del nuevo PDSP.
9. Se entiende que la Resolución entrará a regir inmediatamente sea publicada y es clara y precisa la derogatoria del anterior Plan Decenal de Salud Pública (Resolución 1841 de 2013).
10. Sentimos una preocupación que el Plan adopte, en lo referente a determinantes sociales, las mismas estrategias que tuvo el Plan Decenal 2012-2021. Debido a que esas estrategias no fueron implementadas a cabalidad en el periodo de vigencia del anterior Plan. Por ello, en lo propuesto en el Proyecto de resolución del Plan 2022-2031 hay un vacío o falta de precisión sobre quién se hará responsable de las acciones sobre los determinantes en salud.

Alianza Académica Nacional - Presente y Futuro de la Salud Pública

Asociación Colombiana de Salud Pública